QUELQUES CONSIDÉRATIONS

N° 29

SUR LA

# MÉNINGITE

TUBERCULEUSE AIGUË

## DE L'ADULTE

EN PARTICULIER

## SUR LES FORMES ANORMALES ET LA CURABILITÉ

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

LE 24 DÉCEMBRE 1887

PAR

**Jules BOUDOU**

Né à Conas (Hérault), le 28 octobre 1861

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX

MÉDAILLE D'ARGENT (CHOLÉRA 1885)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

MONTPELLIER

IMPRIMERIE TYPOGRAPHIQUE Gustave FIRMIN

PLACE DE LA MAIRIE

Imprimeur-Éditeur

DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES ÉTUDIANTS DE MONTPELLIER

M DCCC LXXXV II

# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. CASTAN. . . . . DOYEN
GRASSET. . . . . ASSESSEUR

## PROFESSEURS

| | | |
|---|---|---|
| Clinique médicale | MM. | COMBAL (✻ ✻). |
| Clinique des maladies mentales et nerveuses | | CAVALIER (✻). |
| Physique médicale | | MOITESSIER (✻). |
| Médecine légale et toxicologie | | JAUMES. |
| Clinique chirurgicale | | DUBRUEIL (✻). |
| Chimie médicale | | ENGEL. |
| Hygiène | | BERTIN-SANS. |
| Pathologie interne | | CASTAN. |
| Clinique médicale | | GRASSET. |
| Botanique et histoire naturelle médicale | | PLANCHON (✻ ✻). |
| Physiologie | | LANNEGRACE. |
| Clinique obstétricale et gynécologie | | L. DUMAS. |
| Clinique chirurgicale | | TEDENAT. |
| Opérations et appareils | | GRYNFELTT. |
| Pathologie externe | | CHALOT. |
| Anatomie pathologique et histologie | | KIENER |
| Anatomie (Chargé du cours) | | GILIS. |
| Thérapeutique et matière médicale | | HAMELIN (✻). |

Doyen honoraire : M. BENOIT (O. ✻ ✻).

Profess. honor. { MM. MARTINS (O. ✻). DUPRE (C. ✻ ✻).

## CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUES ANNEXES

| | | |
|---|---|---|
| Clinique des maladies des enfants | MM. | BATLLE, agrégé. |
| Clinique des mal. syphilit. et cutanées | | GAYRAUD, agrégé. |
| Clinique des maladies des vieillards | | MOSSÉ (✻). |
| Clinique ophthalmologique | | TRUC, agrégé. |

## AGRÉGÉS EN EXERCICE

| | | |
|---|---|---|
| MM. CARRIEU | MM. BLAISE | MM. TRUC |
| MAIRET | BAUMEL | GERBAUD |
| BIMAR | VILLE | GILIS. |
| MOSSÉ (✻) | GRANEL | MALOSSE |
| REGIMBEAU (✻) | FORGUE | BROUSSE |

MM. GOT, *secrétaire.*
F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire.*

## EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. CASTAN, *président.*
JAUMES, *professeur.*
REGIMBEAU, *agrégé.*
MOSSÉ, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

*A la mémoire de ma Grand'Mère*

JULES BOUDOU.

A mon Père

A MA SŒUR

A MON GRAND-PÈRE

A MON COUSIN

LOUIS LABORDE

JULES BOUDOU.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

## M. LE PROFESSEUR CASTAN

DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

## A M. le Docteur Grasset

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

JULES BOUDOU.

A M. LE PROFESSEUR CHALOT

*A M. le Professeur Tédenat*

A M. LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ JACQUEMET

A MM. les Professeurs-Agrégés

*REGIMBEAU, MOSSÉ, CARRIEU*

A TOUS MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

JULES BOUDOU.

A MES MAITRES DES HOPITAUX D'AVIGNON

A MES MAITRES
DES HOPITAUX DE NICE

A M. LE DOCTEUR SARDA

CHEF DE CLINIQUE MÉDICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JULES BOUDOU.

A M. LE DOCTEUR PRUNAC

A M. le Docteur Ménard

(DE PÉZENAS)

A M. ET MADAME JULIAN

**A la famille Trinquat**

JULES BOUDOU.

A MON AMI

LE DOCTEUR M. CRENDIROPOULOS

A mon ami le Docteur Paul Castan

A MES AMIS

P. ANDRÉ, G. FABRE, F. JALABERT

*MEIS ET AMICIS*

JULES BOUDOU.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553210_0129

# INTRODUCTION

## DIVISION DU SUJET

Pendant le cours de nos études médicales, nous avons eu la bonne fortune d'observer deux cas de méningite tuberculeuse aiguë chez des adultes. Les symptômes présentés par ces deux malades, l'allure de la maladie, si différente chez l'un et chez l'autre, l'aspect opposé du tableau clinique qu'ils présentaient, nous avaient vivement frappé, d'autant que ces deux observations s'éloignaient, par plus d'un trait, des descriptions classiques.

Le premier de nos malades a présenté, pendant tout le cours de sa méningite, les symptômes d'une fièvre typhoïde auxquels venaient s'ajouter la constipation et le vomissement, si constants dans les formes classiques de la méningite tuberculeuse ; le second a été pris brusquement, sans céphalalgie ni vomissements, de crises épileptiformes suivies de coma et plus tard de délire intense, avec température élevée.

Chez l'un comme chez l'autre, nous avons constaté l'absence du *ralentissement solennel* du pouls. Le premier est mort,

ce qui est la règle ; le second a guéri, ce qui est non-seulement exceptionnel, mais inespéré. Aussi avons-nous cherché, dans les divers recueils, des observations analogues. Nous en avons trouvé quelques-unes que nous reproduisons, en les commentant. Le sujet vaut la peine qu'on l'examine.

Nous aurions voulu consacrer un chapitre à l'étude de quelques-uns des symptômes qui, par leur intensité ou par leur absence, impriment aux formes anormales de la méningite tuberculeuse de l'adulte une allure particulière. La critique de physiologie pathologique que suscitent les convulsions, les contractures, le délire, le défaut de ralentissement du pouls, lorsque tous ces symptômes apparaissent brusquement, ou offrent une intensité inaccoutumée, présentait ici un grand intérêt.

Mais la tâche était longue et difficile. Nous n'avions ni le temps ni la compétence nécessaires pour la mener à bonne fin ; et nous avons dû nous contenter de nous occuper exclusivement, dans un premier chapitre, des anomalies dans la marche de la méningite tuberculeuse aiguë de l'adulte ; dans un second chapitre, de la curabilité de cette affection. Nous avons réuni, dans un troisième chapitre, les observations ou pièces justificatives sur lesquelles nous appuyons nos arguments.

Nous n'avons pas la prétention d'avoir fait du nouveau, mais nous avons la conviction d'avoir mis toute la bonne volonté dont nous sommes capable à faire ressortir l'intérêt que présentaient les malades de nos observations inédites, et à

donner, dans la mesure de nos moyens, un cachet clinique à ce modeste travail. *Faciant meliora potentes!*

Que nos Maîtres de la Faculté, qui nous ont témoigné une affection toute paternelle, veuillent bien agréer nos sincères remercîments.

M. le professeur Chalot et M. le professeur Tédenat ont droit à notre reconnaissance pour les conseils affectueux qu'ils nous ont donnés pendant le cours de nos études.

Nous ne saurions oublier également M. le professeur-agrégé Jacquemet, pour l'intérêt et l'estime dont il a toujours fait preuve à notre égard.

Nous exprimons notre profonde gratitude à M. Sarda, chef de clinique médicale, à qui nous devons l'idée première de ce travail, et qui nous a communiqué des observations.

Les deux observations inédites que nous donnons ont été prises dans le service de MM. Combal et Grasset, qui ont bien voulu nous autoriser à les publier. Nous les remercions bien sincèrement.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

SUR LA

# MÉNINGITE

TUBERCULEUSE AIGUE

# DE L'ADULTE

EN PARTICULIER

## SUR LES FORMES ANORMALES ET LA CURABILITÉ

## CHAPITRE PREMIER

### FORMES ANORMALES DE LA MÉNINGITE TUBERCULEUSE AIGUE DE L'ADULTE.

Nous envisagerons successivement, dans ce chapitre, les anomalies de la maladie à ses diverses périodes ; après quoi, nous essaierons de montrer quels sont les symptômes qui peuvent, par leur intensité ou, au contraire, par leur absence, modifier le tableau de la maladie, égarer le diagnostic, obscurcir la prognose, éclairer la physiologie pathologique.

Dans ses formes normales, la méningite tuberculeuse évolue en trois temps inégaux, précédés ou non de prodromes. Ces prodromes, quand ils existent, sont constitués par de l'amaigrissement, la perte de l'appétit, des modifications du caractère, de la fatigue, de la céphalalgie ; enfin, de la constipation et des vomissements, puis apparaissent les phénomènes d'*excitation* de la première période de la maladie confirmée (fièvre rémittente, température ne dépassant guère 39 degrés, pouls fréquent, *céphalalgie*, *vomissements*, *constipation*, *convulsions*, *cris hydrocéphaliques*, désordres intellectuels, phénomènes pupillaires.

La seconde période, d'*oscillation*, est marquée par une dépression des symptômes, bientôt suivie d'une recrudescence. On observe alors des *contractures*, des *convulsions*, plus violentes qu'à la période précédente, un *ralentissement du pouls*, sans chute de la température, du *délire*, de la somnolence, de la dilatation pupillaire ; la constipation persiste, le ventre est rétracté, les vomissements cessent, la respiration est irrégulière.

La troisième période, ou de *dépression*, est caractérisée par le *coma*, la dilatation pupillaire, la *fréquence du pouls*, l'*irrégularité croissante de la respiration*, l'*asphyxie* et la mort.

A côté de cette marche typique, il existe une grande variété de cas s'éloignant plus ou moins du tableau classique ci-dessus, et les anomalies surviennent surtout pendant le début de la maladie, alors qu'il y aurait le plus grand intérêt à poser un diagnostic précis. Or, les prodromes en particulier peuvent, ou manquer complètement, ou ressembler absolument à ceux d'une autre maladie, l'embarras gastrique ou la fièvre typhoïde par exemple. Lorsqu'ils sont absents, la maladie peut éclater brusquement, comme nous aurons plus tard l'occasion de le dire, et se révéler seulement par l'un des symptômes, qui prend alors une intensité inaccoutumée. Tels sont : le début par des convulsions généralisées, par une crise d'épilepsie partielle, par

la paralysie d'un membre. Ailleurs, ce sont les phénomènes les plus caractéristiques de la méningite tuberculeuse qui font défaut, tels que la céphalalgie, les vomissements, la constipation.

On comprend dès lors combien peut être variée la symptomatologie de cette grave affection. Exposer toutes ces variétés d'allures nous entraînerait trop loin. Nous aimons mieux, nous basant sur des observations typiques, n'envisager que quelques-unes de ces formes anormales, en insistant surtout sur ce qu'il nous a été donné de constater. Examinons d'abord le cas où la maladie prend, dès la période prodromique et pendant une partie de la première période, les allures et l'aspect d'une fièvre typhoïde.

*Début typhoïde.* — Cette forme a été très bien étudiée par Legendre. Les symptômes se montrent, dans ce cas, en même temps du côté de la tête, de la poitrine et de l'abdomen ; avec la céphalalgie existe la douleur abdominale, quelques vomissements, de la constipation ; la langue est saburrale, rouge sur les bords et à la pointe. En même temps, il existe de la somnolence, phénomène habituel dans la fièvre typhoïde. Ce tableau n'est parfois modifié qu'au bout de sept ou huit jours. Il s'agit ici de tuberculose généralisée, à début insidieux, comme dans la première de nos Observations.

Notre malade a présenté, d'une façon satisfaisante, cet ensemble de symptômes. Les prodromes et le début ont bien été ceux d'une fièvre typhoïde. Chez lui, la fosse iliaque droite était douloureuse, non-seulement à la pression, mais spontanément ; il y avait un météorisme très accusé. Les prodromes ont consisté en céphalalgie avec lassitude générale et insomnie. Plus tard, lorsque la fièvre est survenue, elle a présenté, dès le début, la forme rémittente à exacerbations vespérales, si commune dans la dothiénentérie ; au bout de trois jours, elle

atteint, le soir, le chiffre de 39° et quelques dixièmes. Si l'on ajoute à ces signes l'épistaxis du 17 mai, la douleur dans la fosse iliaque droite, l'état de la langue, le manque absolu de renseignements sur l'existence, chez les ascendants, de tout accident diathésique, on admettra facilement, surtout en notant l'absence de toux et d'expectoration, que le diagnostic de fièvre typhoïde au début pouvait s'imposer. La céphalalgie, les quelques vomissements des jours précédents, la constipation, n'étaient pas de nature à faire rejeter cette opinion, d'autant que F.... nous disait avoir eu d'autres fois de la céphalalgie avec dyspepsie. Les selles obtenues après le premier lavement, le peu de fréquence du pouls, contribuaient encore à faire persister l'erreur.

Une seule chose, cependant, pouvait éclairer le diagnostic, sinon au début, au moins après l'entrée du malade à l'hôpital : le peu d'élévation de la température (39°, 3 le soir, 38°, 4 le matin), et la fréquence modérée du pouls; mais ce dernier phénomène est assez souvent constaté dans la fièvre typhoïde. Toutefois, M. le professeur Combal, si versé dans la science du diagnostic, trouve, aux sommets pulmonaires, de l'expiration prolongée avec inspiration rude. Il suspend, momentanément, l'énoncé du diagnostic, tout en penchant vers l'idée d'une complication méningée. Le lendemain, aux signes de la veille se sont ajoutés quelques sous-crépitants disséminés à la base droite, tandis que la température oscille entre 38°, 9 et 39°,2, tandis que le pouls demeure peu fréquent, l'abdomen douloureux et que les vomissements ont cessé.

On le voit, dans ces conditions le doute est légitime, l'embarras du médecin est grand. Fort heureusement pour le diagnostic, la constipation persiste, ainsi que la céphalalgie, et les signes d'une lésion bacillaire des sommets pulmonaires s'accentuent. C'est ce qui arrive dans les cas de ce genre, qui tous appartiennent à la tuberculose généralisée.

Ici, dès le 20 mai, les craquements secs apparaissent aux deux sommets. En même temps, les taches rosées lenticulaires demeurent absentes. La méningite tuberculeuse devient évidente. Mais qu'un symptôme, la constipation, soit, dans des observations de ce genre, remplacé par la diarrhée, combien il serait naturel de penser à la dothiénentérie !

A partir de ce moment, les difficultés disparaissent, et l'effrayante réalité s'impose. Outre les symptômes dont il vient d'être parlé, il en est un que révèle le thermomètre seul. La température, en effet, demeure peu élevée, contraste singulier avec la gravité des lésions.

Le pouls, au contraire, n'est pas fréquent, ainsi qu'on l'observe d'habitude dans les formes normales ; il est en désaccord avec les autres symptômes, et l'on note, comme chez le malade dont nous parlons, 76 à 92 pulsations à la minute.

La fin de la première période, alors que le diagnostic est déjà posé, présente les mêmes anomalies ; la céphalalgie et la constipation persistent, l'insomnie est à peu près constante ; mais le ventre, loin de se rétracter, se météorise et la fosse iliaque demeure douloureuse ; la constipation est encore opiniâtre, mais les convulsions se font attendre, et l'adynamie l'emporte sur le délire, toujours calme.

Voilà ce que l'on observe dans la plupart des cas où la méningite tuberculeuse est la première localisation d'une diathèse qui va bientôt et rapidement se traduire par des lésions nombreuses en divers organes. Quelques particularités relativement à la marche simultanée de la température et du pouls, ainsi que de la respiration, mériteraient certainement de nous arrêter ici. Nous y reviendrons. Mais, auparavant, examinons les cas où l'affection apparaît brusquement, sans prodromes, sans souci des descriptions dogmatiques.

L'un des modes de début les plus singuliers de la méningite tuberculeuse aiguë de l'adulte, est assurément celui où, brus-

quement, cette maladie se manifeste par des convulsions épileptiformes.

*Début par crise épileptiforme.* — Les observations de ce genre ne sont pas nombreuses. Nous en relatons plus loin un fait remarquable (Obs. II), que nous commentons volontiers.

Il s'agit d'un jeune soldat, convalescent depuis un mois déjà de fièvre typhoïde, chez lequel avait été diagnostiquée une lésion tuberculeuse des sommets pulmonaires. En pleine apyrexie, au moment de son repas, ce malade est subitement pris de convulsions épileptiformes limitées aux membres supérieurs. En même temps, les lèvres laissent passer une salive écumeuse ; les pupilles sont très dilatées. Puis, au bout d'une minute environ, le malade tombe dans un sommeil comateux dont ne peut le tirer aucune excitation sensorielle ; ce sommeil dure deux heures ; après quoi, le malade commence une nouvelle crise caractérisée par de l'agitation extrême, de la dilatation très intense des pupilles, l'obnubilation des facultés psychiques, l'émission involontaire des urines, le tout suivi d'un nouveau sommeil comateux et de nouvelles crises épileptiformes. La température, cependant, s'élève peu (38°,3).

Voilà certes un début bien émouvant, et des phénomènes qui font penser immédiatement à une grande névrose plutôt qu'à une méningite tuberculeuse aiguë. Il n'est pas surprenant qu'en présence d'un pareil tableau symptomatique, l'idée d'une localisation méningée de la diathèse ne se présente pas à l'esprit du médecin, qui demeure indécis et interdit. Seule, l'élévation thermique peut lui suggérer l'idée d'une lésion anatomo-pathologique de nature et de siège inconnus. Et l'on serait loin de songer au diagnostic vrai si des cas semblables n'étaient pas consignés dans les recueils.

Les symptômes qui se montrent dans la suite ne sont pas, tant s'en faut, toujours de nature à lever des doutes légitimes, ainsi que nous aurons l'occasion d'y insister.

D'aucuns, en lisant cette relation, se refuseront, nous en sommes convaincu, à accepter notre diagnostic, et ce n'est pas, en effet, dès le début que nous avons été d'avis d'émettre une pareille opinion. Mais poursuivons.

Parmi les observations rapportées à la fin de ce mémoire, quelques-unes se rapprochent un peu de la nôtre ; nous allons les rappeler brièvement.

L'Observation III, empruntée à Dreyfus (1), se rapporte à une femme qui, douée jusque-là d'une excellente santé, ressentit des fourmillements suivis de secousses convulsives dans les membres supérieur et inférieur gauches ; elle perdit ensuite connaissance et demeura assez longtemps immobile, l'écume à la bouche.

Le lecteur a sans doute remarqué les analogies de ces deux modes de début. Ici comme là, il était difficile de songer à une méningite tuberculeuse. Et pourtant, après quelques jours, un ictus apoplectique venait enlever la malade, et l'on constatait alors que les corps opto-striés étaient normaux, que la cause anatomique de tous les désordres était une méningite tuberculeuse.

Telle encore l'Observation IV, empruntée à Chantemesse. Il s'agit d'un homme de 40 ans, atteint de tuberculose pulmonaire, qui fut pris tout à coup d'une attaque épileptiforme, sans aucun prodrome ; le coma qui suivit se termina par la mort. A l'autopsie, l'on constata l'existence d'une méningite tuberculeuse.

L'observation de Joffroy et Lepiez est tout aussi remarquable. Ici encore, nous voyons la maladie se révéler brusquement par une attaque épileptiforme, bientôt suivie de nouvelles crises de même nature, d'hémiplégie, de coma ; la mort survint quatre jours après, et l'autopsie montra qu'il s'agissait bien d'une méningite tuberculeuse.

(1) *Gaz. méd.*, 1876, p. 152.

Ces faits sont très instructifs. Ils prouvent, mieux que ne le pourraient faire tous les raisonnements, que le début brusque de la méningite tuberculeuse aiguë par des accidents épileptiformes, est chose possible. C'est tout ce que nous en voulons retenir pour le moment. Notons toutefois que tous les malades dont nous venons de parler étaient porteurs de lésions pulmonaires tuberculeuses déjà diagnostiquées. Ce sont donc des cas de méningite tuberculeuse secondaire, et les prodromes sont absents, peut-être à cause de cette circonstance.

D'autres cas peuvent encore se présenter, et la méningite tuberculeuse aiguë peut brusquement se manifester par des contractures, par des paralysies limitées, voire même par de l'aphasie. Nous renvoyons, pour les faits de ce genre, à la très remarquable thèse de Chantemesse (1).

Nous voici arrivé au terme de l'étude que nous nous étions proposée touchant les prodromes et la première période des formes anomales de la méningite tuberculeuse aiguë. Ajoutons, pour être complet, que souvent, dans les faits que nous avons en vue, les symptômes classiques : vomissements, céphalalgie, manquent absolument.

Les anomalies peuvent encore se manifester pendant la période d'oscillation. Nous allons en montrer des exemples.

Poursuivons d'abord l'histoire de notre premier malade.

### *Anomalies des deuxième et troisième périodes.*

La deuxième et la troisième période se confondent chez F..., qui présente, en même temps que du délire, une torpeur invincible, en même temps que des convulsions et des contrac-

(1) Chantemesse, *Étude sur la méningite tuberculeuse de l'adulte*, etc. Paris, 1884.

tures, du coma persistant jusqu'à la mort. La dépression classique des symptômes manque complètement, et l'accalmie trompeuse des formes normales fait défaut. Pendant ce temps, l'abdomen demeure douloureux et météorisé ; la fièvre conserve son allure rémittente, à exacerbations vespérales ; le pouls demeure ce qu'il était auparavant, un peu fréquent, il accuse même de la tendance à se précipiter en devenant inégal. C'est tout le contraire du *ralentissement solennel* classique. En même temps, la respiration acquiert une fréquence modérée, mais demeure assez régulière. Tous ces caractères se voient facilement sur le tracé que nous donnons plus loin.

Pas n'est besoin d'insister sur ce fait que, sauf le peu d'élévation de la température, la constipation persistante, l'absence de taches rosées, on croirait lire l'Observation d'une fièvre typhoïde.

Enfin, le pouls s'accélère, devient inégal et quelque peu irrégulier, la température s'abaisse presque jusqu'au chiffre normal, des mouvements convulsifs se montrent dans les membres, la contracture envahit les muscles de la nuque, la paralysie se montre du côté des sphincters anal et vésical ; on observe du marmottement, du nystagmus, de l'irrégularité des mouvements respiratoires; l'inspiration devient suspirieuse et le malade succombe.

On le voit, le tableau de la méningite tuberculeuse normale se montre à la fin de cette histoire, avec cette particularité que la température suit une marche inverse à celle du pouls et de la respiration.

Examinons ce qui se passe dans le second ordre de faits que nous avons en vue. Si nous reprenons, là où nous l'avons laissée, l'histoire de notre second malade, nous notons les particularités suivantes.

Les convulsions épileptiformes se reproduisent pendant trois jours encore, s'accompagnant de contractures partielles

(coude droit, puis bras droit et bras gauche) ; le coma remplace momentanément les convulsions ; la température atteint, au bout de vingt-quatre heures, le chiffre très élevé de 41°,3 ; en même temps, le pouls devient très fréquent (152 p. à la minute), la respiration s'accélère en demeurant assez régulière. L'état reste absolument stationnaire pendant quatre jours ; puis, la température s'abaisse, le coma s'atténue, le pouls perd de sa fréquence. Un mieux sensible se produit. Ce n'est pas cependant une période d'oscillation s qui commence ; car un nouveau symptôme cérébral apparaît et domine la scène. Un délire intense s'allume, délire particulier, mélange de perte de la mémoire, de délire professionnel, d'hallucinations visuelles. Le malade a le don d'ubiquité ; il est dans la mine, il voit la voûte s'écrouler, et la frayeur dont il est saisi ne se trahit, sur sa physionomie, que par ses yeux hagards et son regard fixe. La fièvre tombe et le délire persiste, entrecoupé, de loin en loin, par des éclairs d'intelligence ; puis il se modifie sensiblement. Alors le malade n'est plus dans la mine ; mais il est encore peu rassuré sur la solidité du plafond.

Tout cela dure à peine huit jours, pendant lesquels l'occlusion des paupières n'amène aucun changement dans la forme du délire, pendant lesquels aussi les lésions pulmonaires font peu de progrès. Puis, tout rentre dans l'ordre, sans que l'on ait observé, pendant tout le cours de cette histoire mouvementée, ni *céphalalgie*, ni *vomissements*, ni *constipation*.

Cette absence de céphalalgie n'est pas particulière au fait dont nous parlons. Elle a été notée dans plusieurs observations de méningite tuberculeuse à début épileptiforme ou apoplectiforme, qu'a réunies M. Chantemesse. La même chose existe pour les vomissements et la constipation opiniâtre. Il semble que le malade, entièrement occupé de ses convulsions, de ses paralysies ou de son vertige, ne puisse pas réaliser les

autres parties du programme tracé par les descriptions classiques.

Une remarque importante au sujet du délire, trouve ici sa place naturelle. Il ne s'agit pas de ce délire tranquille que l'on observe habituellement, mais d'un délire agité, voire même d'un délire professionnel, et, chose assurément digne d'être notée, ce délire éclate alors que la température tend à redevenir normale.

Nous en aurions fini avec ces considérations cliniques touchant les anomalies de la méningite tuberculeuse aiguë, si nous n'avions à cœur de répondre à l'objection qu'on ne manquera pas de nous adresser au sujet de l'existence, chez notre second malade, d'une méningite tuberculeuse. Les symptômes classiques de cette affection ne se retrouvent pas, en effet, dans notre Observation II. Loin de là, les symptômes les plus habituels, la marche de la maladie, tout manque ici. Cependant ce n'est pas sans un examen sérieux de toutes les hypothèses possibles en pareil cas, que nous avons adopté le diagnostic de méningite tuberculeuse. Ce diagnostic se basait sur les particularités suivantes : le malade était déjà porteur d'une lésion bacillaire des sommets pulmonaires ; il n'avait jamais présenté de symptômes propres à faire soupçonner chez lui l'existence d'une névrose quelconque ; il n'était pas albuminurique. D'autre part, l'idée d'une névrose s'adapte peu à l'existence d'une fièvre aussi considérable ; il en est de même pour la longue durée des accidents. Nous ne pouvions pas admettre davantage l'hypothèse d'une tumeur cérébrale, à cause de la disparition brusque des contractures et de l'absence de paralysie, ainsi que de la courte durée de l'affection.

Le diagnostic d'hémorragie cérébrale ou de ramollissement encéphalique ne peut ici être sérieusement porté.

Nous demeurons donc convaincu que le malade dont il est question a présenté, du côté des méninges encéphaliques, une

lésion de nature spécifique, et nous persistons à voir dans cette Observation un cas de méningite tuberculeuse.

Nous ne parlons pas de la tache méningitique, qui pour nous n'a pas grande valeur diagnostique.

En résumé, parmi les formes anormales de la méningite tuberculeuse aiguë de l'adulte, il en existe surtout deux très remarquables. La première est caractérisée par des prodromes et un début absolument analogue à ceux que présente la fièvre typhoïde, plus les vomissements et la constipation ; plus tard, par le même tableau symptomatique, avec absence de la période d'oscillation, de ralentissement du pouls, et des convulsions peu accusées. Le diagnostic se tirera, dans ce cas, des mémoratifs, du degré thermique, de la persistance de la constipation. Il sera, par suite, basé sur un ensemble peu net de signes précis.

La seconde forme est caractérisée par le début brusque de la maladie, sous forme d'attaques épileptiformes ou apoplectiformes, dans lesquelles, par suite, les prodromes et la presque totalité de la première période manquent. La température très élevée, la fréquence du pouls, le coma contemporain des phénomènes d'excitation, et surtout les signes antérieurs d'une lésion tuberculeuse aux sommets pulmonaires, seront les seuls indices, plus que fragiles et incertains, de l'existence d'une localisation de la diathèse tuberculeuse sur les méninges cérébrales.

De ces deux formes, la première est primitive, c'est-à-dire qu'elle débute au milieu d'une santé parfaite, avant que la tuberculose ait imprimé sa signature sur l'organe de la respiration ; la seconde est secondaire, elle éclate chez des malades déjà porteurs d'autres lésions bacillaires : c'est la méningite des tuberculeux en possession de manifestations symptomatiques évidentes.

## CHAPITRE II

### DE LA CURABILITÉ DE LA MÉNINGITE TUBERCULEUSE AIGUE

En présence d'une méningite tuberculeuse, devons-nous, pris de découragement, nous contenter de *contempler la mort,* et de l'attendre comme si elle était irrévocable ? A cette question, presque tous les auteurs répondent sans hésitation par l'affirmative. La curabilité de la méningite tuberculeuse aiguë ou subaiguë des enfants ou des adultes est, en effet, rejetée par l'immense majorité des médecins. Aussi avons-nous longtemps hésité à présenter notre malade de l'observation II sous l'étiquette de méningite tuberculeuse. Cependant, nous avons montré sur quelles bases solides s'appuyait le diagnostic, et nous n'avons pas à retrancher un mot de l'opinion émise.

Du reste, jetant une voix discordante dans le concert à peu près unanime des praticiens qui affirmaient l'incurabilité de cette affection, quelques médecins ont osé se laisser aller à l'espérance en présence d'une maladie dont l'aspect est terrifiant pour ceux qui ont la douleur d'assister à cette lutte inégale de la victime contre un mal réputé sans remède.

Notre intention n'est pas de citer toutes les observations publiées par les divers auteurs en vue de prouver la curabilité de la méningite tuberculeuse. Nous nous contenterons de citer

les derniers travaux, nous abstenant de rééditer des faits contenus dans les traités classiques ou dans les dictionnaires.

« Un examen attentif des faits où l'heureuse terminaison est signalée, disent Jaccoud et Labadie-Lagrave, prouve bientôt que l'observation est incomplète, l'authenticité douteuse, le diagnostic erroné » (1).

Les mêmes auteurs ajoutent cependant : « En résumé, on peut conclure, avec Rilliet, que la méningite tuberculeuse peut quelquefois guérir dans sa première période, quoiqu'il reste toujours quelques doutes sur la nature de pareils cas ; dans la seconde période, la guérison est tout à fait exceptionnelle. »

De son côté, Archambault a écrit : « Quand, à propos d'une maladie aussi fréquente que la méningite tuberculeuse, on en est réduit à rechercher et à compter quelques cas de guérison épars dans les différentes monographies, on est bien près d'avoir démontré son incurabilité et de partager l'opinion de Camper qui la qualifiait de *immedicabile vitium*. Robert Wytt, qui eût laissé une description absolument complète de l'hydrocéphalie aiguë s'il avait traité l'anatomie pathologique avec la même supériorité que la partie clinique, avait reconnu et proclamé l'impuissance de la thérapeutique contre cette redoutable maladie. Les praticiens les plus éclairés et les plus répandus, Guersant, Trousseau, Blache, se demandaient si, dans leur longue carrière médicale, ils étaient bien sûrs d'avoir vu guérir un enfant. Les mémoires de Dance et de Valleix n'enregistraient, chez l'adulte, que des observations terminées par la mort, et si l'on consulte les contemporains, tous s'accordent à déclarer que cette terminaison est la règle.

Comme en toute chose, il y a ici des exceptions authentiques ; ainsi les trois observations contenues dans le remarquable mémoire de Rilliet ne paraissent pas pouvoir laisser de doute.

(1) *Dictionnaire de méd. et de chir. pratiques.* T. XXII, p. 263.

Dans les deux premières, la maladie n'était qu'à la première période, mais très nettement accusée dans la troisième ; les accidents étaient plus graves et caractérisaient la deuxième période ; pourtant l'enfant guérit.

Le Dr Hahn relate quelques observations, dont une surtout a la même valeur que les précédentes, de sorte qu'on ne peut pas nier que quelques malades aient échappé à la mort. » (1)

Plus loin, le même auteur reconnaît que c'est seulement à la première période que l'espoir peut être permis.

Le mémoire de Rilliet (2) peut être considéré comme la première monographie consacrée à cette question.

Outre des observations personnelles de l'auteur, il renferme toutes celles qui avaient été publiées antérieurement.

Deux observations de Cheyne, deux d'Abercrombie, une de Jahn, une de Rœser, celle de Hahn, citée plus haut, les trois de Rilliet lui-même, paraissent précises et en dehors de tout conteste.

Trousseau cite deux observations de guérison, l'une avec paralysie consécutive, l'autre où la guérison fut complète, et il ajoute : « Ces deux exemples de guérison sont les seuls, je le répète, que j'aie eu le bonheur de recueillir dans ma longue pratique ». (3)

Barth a cité un cas de guérison chez un enfant de 12 ans, notoirement atteint de méningite tuberculeuse aiguë (4).

West, après avoir critiqué l'opinion de Cliffort Albutt, pour

(1) Archambault. Article Méninges, in *Dict. encycl. des sciences médicales,* 2me série. T. VI.

(2) Rilliet. *De la guérison de la méningite tuberculeuse.* (Actes de la Société médicale des hôpitaux, 1855).

(3) Trousseau. *Clin. médicale.* T. II, p. 312.

(4) Barth. *Société clinique de Paris ;* avril 1877.

qui la guérison de la méningite tuberculeuse n'est pas rare, dit avoir vu la maladie céder une fois pendant la première période, une autre fois après les convulsions et le coma. Cette seconde Observation a trait à un enfant de trois mois et demi, qui, trois ans après, n'avait pas encore repris les apparences de la santé (1).

Cadet de Gassicourt cite également deux Observations de guérison : la première, publiée par René Blache, est celle d'une enfant de onze ans dont le frère était mort de méningite tuberculeuse, et qui présenta le tableau complet de cette maladie. La guérison, survenue le vingtième jour, ne s'était pas démentie cinq ans après.

La deuxième Observation est celle d'un enfant de 5 ans, soigné, par MM. Landrieux et Cadet de Gassicourt, d'une méningite tuberculeuse. La guérison, ici, ne fut complète que dans le courant du cinquième mois, la maladie ayant laissé après elle une parésie des membres inférieurs très lente à disparaître.

« Quelque rares que soient les exemples de ce genre, ajoute le savant médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie, vous avez le droit d'y chercher un appui contre le désespoir des familles, et même contre votre propre découragement..... » (2).

La guérison, d'après tous ces exemples, peut être obtenue.

Mais, dans presque tous les cas que nous venons de citer, il s'agit d'enfants et non d'adultes. Le mémoire de Rilliet, qui a trait à ces derniers, se termine par des conclusions dont nous donnons ici les plus importantes, au point de vue du sujet qui nous occupe.

(1) West. *Leçons sur les maladies des enfants,* trad. Archambault, 1881.

(2) Cadet de Gassicourt. *Traité clinique des maladies de l'enfance*, t. III, p. 569, 1884.

« Il existe dans la science des exemples incontestables de la disparition complète des symptômes ; la guérison a lieu pendant la première période ou dans la moitié de la deuxième période, après sept à quinze jours de maladie, et rarement plus tard, après plusieurs alternatives d'améliorations et d'aggravations..... ; dans des cas excessivement rares, le retour à la santé peut être obtenu, même dans le cours de la troisième période, après bien des semaines de maladie ; la guérison peut durer pendant plusieurs années. »

Nous n'aurions garde d'oublier, dans cette discussion, l'opinion d'un des anciens Maîtres de la Faculté de Montpellier. Fonssagrives croyait fermement à la curabilité de la méningite tuberculeuse. Il s'explique catégoriquement à ce sujet (1).

Rousseau a publié dans l'*Encéphale* (1882) une nouvelle Observation de guérison.

Enfin, la thèse de Chantemesse, que nous avons eu plusieurs fois l'occasion de citer, renferme plusieurs observations de méningite tuberculeuse guérie, dont l'une, due à Barth, est remarquable par la longue durée de cette guérison (25 ans). Le lecteur les trouvera plus loin.

Il est inutile, il serait fastidieux, de citer d'autres observations. Celles que nous venons de brièvement signaler nous paraissent suffisamment concluantes. Reste à les interpréter. C'est ce que nous allons essayer de faire.

Cadet de Gassicourt a magistralement traité la question des méningites tuberculeuses curables. Il montre, par deux exemples, que ces faits se rapportent non à de vraies méningites tuberculeuses, mais à des méningites développées autour de tumeurs tuberculeuses. Nous avouons que l'intérêt des deux

(1) Fonssagrives. *Thérapeutique de la phtisie pulmonaire.* 2e édit. 1880, p. 31 et suiv. — *Traité de thérapeutique appliquée.* 2e édition, 1888, t. 1er, p. 372.

autopsies qu'il cite à l'appui de cette opinion est assurément très grand. Mais il nous semble bien difficile de reconnaître, au lit du malade, si la méningite est secondaire à un dépôt tuberculenx ou si elle est primitivement granuleuse, la marche de la maladie, dans les deux observations précitées, ayant toutes les allures d'une méningite tuberculeuse.

Le même auteur va plus loin, et cherche à démontrer que la plupart des méningites qui guérissent ne sont pas tuberculeuses. Certains cas de méningites non tuberculeuses sont absolument identiques à la méningite tuberculeuse. C'est là un fait démontré par quelques autopsies. Il s'agit ici, tantôt de méningite fibreuse, tantôt de méningite syphilitique, tantôt de méningite consécutive à de la sclérose cérébrale. Cette dernière lésion peut expliquer les cas de paralysie consécutive à l'atteinte méningitique ; mais, à notre avis, elle ne saurait rendre compte des faits dans lesquels la guérison s'obtient sans paralysie ni contracture.

Cadet de Gassicourt explique alors la guérison par ce fait que « le néoplasme n'a pas donné lieu à des poussées successives de méningites, de voisinage, et qu'il siégeait en dehors des zones motrices du cerveau. Cette hypothèse, admissible pour l'enfant, cesse de l'être quand il s'agit de l'adulte, chez lequel la sclérose cérébrale n'affecte pas les allures qu'elle présente chez l'enfant. D'ailleurs, le pronostic de la sclérose cérébrale est excessivement grave; la guérison serait impossible. Les guérisons de sclérose cérébrale confirmée sont douteuses. » (1).

Nous pensons, malgré les arguments si habilement présentés par Cadet de Gassicourt, que la méningite tuberculeuse aiguë, granuleuse si l'on aime mieux, est curable. Nous nous basons, pour étayer notre affirmation, d'une part, sur les preuves

(1) P. Legendre. *La sclérose du cerveau chez l'enfant.* Concours médical, 3 décembre 1887.

tirées de la guérison, sans infirmité consécutive, de méningites survenues chez des poitrinaires, ayant présenté le tableau clinique de la méningite tuberculeuse aiguë ; d'autre part, sur la constatation anatomique de la tuberculeuse méningée passée à l'état fibreux, comme on peut en voir quelques exemples dans les dernières observations de notre mémoire.

Nous pourrions même, à l'appui de notre opinion, invoquer les analogies. On admet aujourd'hui, assez généralement, que les lésions pulmonaires produites par la tuberculose sont curables. Parmi les nombreux mémoires consacrés à la soutenance de cette idée, la thèse de Bard est surtout importante. Elle montre que les masses tuberculeuses, au lieu de subir la transformation caséeuse, peuvent passer à l'état fibreux et devenir ainsi peu ou pas dangereuses.

La réalité de ces faits n'a plus besoin de démonstration. Ne peut-on pas admettre que ce qui se passe dans le poumon se produise également dans les méninges ? D'autant que les cas dont nous parlions tout à l'heure démontrent cette transformation fibreuse. Si la tuberculose pulmonaire, dans ses formes à début plus ou moins subaigu, est curable, la méningite tuberculeuse doit l'être aussi.

Nous pourrions arrêter là notre étude ; mais nous ne voulons pas terminer notre travail sans parler de la médication que M. le professeur Grasset a mise en usage chez le malade de notre observation II.

Ainsi qu'il est dit dans nos notes cliniques, ce malade fut soumis à un traitement énergique constitué par les moyens suivants : révulsion énergique, iodure de sodium à doses élevées, caféine. Nous avons déjà montré l'efficacité de cette médication ; le malade était littéralement couvert de *boutons*, et nous ne croyons pas trop téméraire d'affirmer que ce traitement a été la cause du rétablissement du malade. Nous trouvons la preuve de ce que nous avançons dans ce fait que la lé-

sion pulmonaire s'est amendée par la même occasion, puisque, au bout de quelques jours, les craquements avaient complètement disparu et qu'au bout d'environ un mois et demi l'état du malade était tel qu'il ne put obtenir son congé de réforme et qu'à peine lui accorda-t-on deux mois de convalescence. Pas n'est besoin, croyons-nous, d'insister davantage sur cette observation remarquable.

L'iodure de potassium est depuis longtemps déjà préconisé dans la méningite tuberculeuse. A peu près à la même époque, il était employé à l'étranger par Rieser, en France par Bourrousse de Laffore. Celui-ci adressa à l'Académie de médecine, en 1846, un mémoire qui se terminait ainsi :

« Je ne puis pas douter que l'iodure de potassium, pris à l'intérieur à haute dose, ne guérisse la méningite tuberculeuse, puisque j'ai constamment guéri cette maladie, lorsque je l'ai combattue à l'aide de ce médicament. D'un autre côté, la grande habitude que j'ai acquise à l'hôpital des enfants malades, de reconnaître l'hydrocéphalie aiguë, me donne l'intime conviction que je ne me suis pas trompé sur la nature de l'affection que je traitais. D'ailleurs, à l'époque où j'employais, contre la méningite tuberculeuse, les moyens indiqués dans les auteurs, j'ai pu chaque fois vérifier, à l'autopsie, l'exactitude de mon diagnostic. Je me réjouis d'avoir perdu ce dernier et triste avantage depuis que je fais usage de l'iodure de potassium. »

Il est possible, probable même, que Bourrousse ait péché par excès d'enthousiasme et que parfois son diagnostic n'ait pas été véridique. Quoi qu'il en soit, d'autres médecins, en particulier Archambault, n'ont obtenu aucun succès par l'administration des iodures.

En 1860, John Coldstream préconisait l'iodure de potassium auquel, disait-il, il devait quelques guérisons. Fonssagrives s'est fait, dès 1866, le fervent défenseur de cette médication,

acceptée par Le Roy de Méricourt et un grand nombre de praticiens. Nous ne pouvons mieux faire que de citer ici les propres paroles de Fonssagrives : « Je dois à l'iodure de potassium un bon nombre de guérisons de méningites granuleuses, tandis qu'avant de recourirà cette médication je perdais tous mes malades.

» Cette impression clinique, basée sur une expérience de près de vingt ans, ne peut pas me tromper; au reste, le témoignage d'autres médecins qui ont bien voulu recourir à ce moyen, sur mes indications, m'est une confirmation des résultats que j'en ai obtenus moi-même » (1).

Rodet (de Lyon), West, Cadet de Gassicourt, Jaccoud, Chantemesse, ont aussi prôné cette médication, qui nous paraît devoir, mieux que toute autre, donner, dans certains cas spéciaux à lésion limitée, des résultats favorables. En tout cas, la plupart des guérisons authentiques ont été consécutives à l'emploi de ce moyen.

(1) Fonssagrives. *Thérapeutique de la phtisie pulmonaire*. 2e édition, 1880 page 35.

# OBSERVATIONS

## OBSERVATION PREMIÈRE

(Inédite)

Méningite tuberculeuse aiguë primitive.— Tuberculose généralisée. — Céphalalgie, vomissements, constipation.— Anomalie dans la marche de la maladie.

F..., soldat au 2e génie, entre à l'hôpital Saint-Eloi, service de la clinique médicale, salle Saint-Vincent, numéro 8, le 17 mai 1887.

*Antécédents héréditaires et personnels.* — Le malade affirme qu'il n'y a jamais eu, dans sa famille, de tare diathésique d'aucune sorte. Ce n'est que plus tard que l'on apprit, de la bouche du père, que la mère avait présenté des lésions pulmonaires probablement tuberculeuses. F... n'a pas eu de maladie grave ; mais, un an environ avant son incorporation, il a souffert pendant quelques semaines d'une céphalalgie intense et opiniâtre, accompagnée de symptômes dyspeptiques, sans vomissements. Il attribue, d'ailleurs, ce phénomène à sa position sédentaire et à l'abus du tabac. Depuis, il a, de temps en temps, vu réapparaître la céphalalgie.

*Histoire antérieure de la maladie.* — F... fait remonter au 7 ou 8 mai le début de sa maladie actuelle, début marqué par de la céphalalgie, de l'inappétence, des envies de vomir, de

la constipation. Admis à l'infirmerie le 12, il a vu son mal empirer jusqu'au jour de son entrée à l'hôpital. La constipation est devenue de plus en plus opiniâtre, les envies de vomir ont été suivies de vomissements, se répétant, depuis le 15, quatre ou cinq fois par jour, sans efforts comme sans soulagements, la céphalalgie s'est encore accrue ; l'affaissement, qui avait ouvert la scène, s'est accentué ; puis est survenue une insomnie persistante ; la fièvre, d'abord modérée, a pris les allures d'une continue rémittente, à rémissions matinales. Un vomitif et un purgatif ont été administrés, sans grande amélioration. Epistaxis le 17 au matin.

*État actuel*, 17 mai, soir. — Décubitus dorsal ; face pâle, respiration régulière ; pouls petit, dépressible, battant 76 fois par minute. Pupilles normales, sensibles à la lumière ; langue blanche, saburrale au milieu, rouge à la pointe et aux bords ; douleur légère dans la fosse iliaque droite ; pas de taches rosées ; léger météorisme abdominal ; envies de vomir, céphalalgie. T. 39°,3 ; R. 20.

18 matin. — Nouvelle *épistaxis ;* plusieurs vomissements de matières jaunâtres, non bilieuses ; *douleurs dans la fosse iliaque droite ; léger météorisme*. Céphalalgie violente, pupilles normales ; vision bonne ; vertige dans la station assise. Le malade aurait eu, pendant la nuit, des frissons suivis de chaleur vive (chose dont il ne se rend pas compte). *Pas de cri hydrencéphalique*. T. 38°, 4 ; P. 72, petit, dépressible ; R. 22.

L'examen de la poitrine fait constater : en avant, sous la clavicule gauche, quelques frottements pleuraux, avec expiration prolongée et légèrement soufflante ; en arrière, dans les deux fosses sus-épineuses, de l'expiration prolongée avec inspiration rude.

*Prescription :*

1° Calomel, 5 centigr. toutes les heures.
2° Lavement avec follicules de séné 5 gr.
Sulfate de soude. . . . . 15 —
3° Potion avec :

| | |
|---|---|
| Poudre d'yeux d'écrevisse. . | 3 grammes |
| Laudanum. . . . . | X gouttes |
| Sirop de limon. . . . . | 30 grammes |
| Sirop de Tolu . . . . . | 30 — |
| Eau de tilleul. . . . . | *ââ* 40 grammes |
| Eau de fleur d'oranger . | |

Soir. Deux selles depuis le matin. Même état. T. 38°,8; P. 80; R. 20.

19 matin.— Nuit assez calme ; le malade a dormi ; la céphalalgie est moins violente ; l'abdomen est encore météorisé ; la langue est large, humide ; le pouls toujours petit, dépressible, d'une fréquence normale (76 à la minute) ; T. 38°,9; R. 18. Frottement sous les deux clavicules et à la base droite en avant ; en arrière, frottements et sous-crépitants disséminés.

On constate, pour la première fois, un peu de délire. Le malade rapporte à l'avant-veille les événements de la veille.

*Prescription :* calomel, 1 gramme en 10 paquets ; continuer la potion.

Soir. T. 39°,2 ; P. 80 ; R. 20.

20 matin.— Pas de vomissements depuis près de 48 heures.

Le malade accuse de vives douleurs à la tête et à l'estomac. Prostration extrême. Frottements sous l'aisselle gauche ; sous-crépitants sous la clavicule gauche et dans la fosse sus-épi-

neuse du même côté. La respiration est un peu suspirieuse, peu fréquente (22 à la minute). T. 38°,6 ; P. 92, régulier.

Calomel, 1 gram . . . .
Poudre de jalap, 1 gram. } en 20 cachets, un toutes les heures.

Soir. Pas de selles depuis hier soir. Adynamie très grande ; réponses brèves, lentes, langue humide. T. 39°,2 ; P. 88 ; R. 20.

21 matin. Le malade n'a pas dormi ; toujours même constipation ; abdomen douloureux à la pression, météorisé, langue large, humide, torpeur moindre, état général paraît meilleur. Céphalalgie peut-être moins violente ; subdelirium. T. 38°,3 ; P. 80 ; R. 20, régulière. Pas de vomissements. Lavement avec séné et sulfate de soude ; continuer le reste *ut supra*.

Soir. Ventre en bateau. Le malade goûte un peu de calme relatif : T. 39° ; P. 72 ; R. 24. Mouvements de flexion de la tête douloureux.

22 matin. Pas de vomissements, mais constipation ; subdelirium ; céphalalgie moindre ; pupilles égales, ni dilatées ni contractées, sensibles à la lumière. Céphalalgie moindre ; mouvements de la tête moins pénibles. Abdomen toujours douloureux à la presion ; lavement purgatif : calomel, 1 gramme, onctions mercurielles au creux poplité et sous l'aisselle : T. 38°,6 ; P. 80 ; R. 20.

Soir. Subdelirium. T. 38°,7 ; P. 84 ; R. 22.

23 matin. Intelligence un peu obtuse, pas de délire ; muscles de la nuque contracturés ; flexion de la tête fort difficile. Agitation la nuit ; pas de vomissements, pas de convulsions. Deux selles dans la nuit ; la douleur persiste dans la fosse iliaque droite ; la fosse iliaque gauche est aussi douloureuse ; céphalalgie, respiration régulière, non suspirieuse, peu fréquente (20 à la minute). T. 38°,1 ; P. 86, régulier.

*Prescription.* Application d'une sangsue derrière chaque oreille, de compresses d'eau vinaigrée sur le front ; continuer les onctions mercurielles à la région inguinale, à l'occiput, sur l'abdomen ; supprimer calomel et jalap.

Soir. Adynamie extrême ; torpeur presque invincible ; subdelirium ; toujours pas de convulsion. Pupilles *dilatées*, sensibles à la lumière ; pas de cris hydro-encéphaliques. Météorisme abdominal. T. 39°,2 ; P. 120, petit, dépressible, filiforme, assez régulier. Respiration un peu suspirieuse, plus fréquente (28).

24 matin. Le malade a déliré toute la nuit ; il voulait constamment se lever ; carphologie, légers mouvements convulsifs des membres inférieurs et supérieurs ; quelques mouvements convulsifs dans les muscles de la face ; pupilles dilatées, un peu paresseuses ; pas de selles depuis vingt-quatre heures. T. 38°,6 ; P. 96 ; R. 32, régulière, suspirieuse.

*Prescription.* Calomel, 1 gramme en 20 prises ; continuer le reste, *ut supra.*

*Soir.* L'agitation a fait place à un calme relatif ; le délire est moindre ; ni carphologie ni convulsions, météorisme abdominal très intense, constipation. — T. 38°,7 ; P. 128, régulier ; R. 28.

25 matin. Langue sèche, de coloration normale ; plus de céphalalgie ; le malade a paru reposer un peu la nuit ; pas de selles ; T. 38°,1 ; P. 100, petit, filiforme, régulier ; R. 32, un peu inégale, suspirieuse.

*Prescription.* Lavement avec séné et sulfate de soude ; continuer le reste.

Soir. Constipation persiste ; délire tranquille ; T. 37°,8 ; P. 128 ; R. 28.

26 matin. Le lavement et le calomel n'ont pu vaincre la constipation. Quelques soubresauts des tendons ; paroles incohérentes ; parfois, mouvements brusques en divers points du corps ; pas de convulsions généralisées ou localisées ; yeux un peu convulsés ; pupilles dilatées, très sensibles à la lumière ; pas d'anesthésie cutanée ; subdelirium ; muscles de la nuque douloureux ; langue moins sèche, ne tremble pas ; lèvres fendillées ; pas de salivation. T. 38°,2 ; P. 104 ; R. 28.

*Prescription.* 1° Lavement avec : { Follicule de séné 6 gr. / Sulfate de soude 20 —

2° Potion { Bromure de sodium 3 grammes ; Eau de tilleul, Eau de fl. d'oranger *ââ* 40 — ; Sirop de quinine 30 —

3° Continuer onctions mercurielles.

*Soir.* Soubresauts des tendons plus fréquents et plus marqués ; délire tranquille ; n'accuse plus de céphalalgie ; pas de convulsions ; pupilles sensibles ; vessie pleine ; on retire, par le cathétérisme, plus d'un demi-litre d'urine ; cette opération paraît le soulager un peu. T. 38°,1 ; P. 136 ; R. 40, inégale, suspirieuse.

27 matin. Soubresauts très marqués des tendons ; contracture des muscles de la nuque ; quand on ordonne au malade de tourner la tête à droite, il la prend avec sa main, à cause de la rotation forcée de la tête à gauche ; carphologie ; mâchonnement presque continuel ; délire ; le malade prononce des mots inintelligibles ; il ne comprend pas ce qu'on lui dit ; pupilles dilatées, sensibles à la lumière ; abdomen très douloureux ; le lavement a été rendu sans matières fécales. T. 37°,4. P. 120 ; R. 40, inégale, un peu irrégulière.

*Prescriptions.* Lavement purgatif, emplâtre de Méjean à appliquer sur la nuque ; continuer onctions mercurielles ; supprimer calomel.

*Soir.* Carphologie ; délire incohérent ; paroles inintelligibles ; hyperesthésie cutanée générale ; paralysie des sphincters anal et vésical ; *nystagmus* horizontal, pouls petit, dépressible, incomptable ; pas de convulsions ni de paralysies des membres ; pas de Cheyne-Stokes, mais irrégularité de la respiration.

Le malade succombe dans la nuit.

*Autopsie* (1). — Cadavre non amaigri.

*Tête.* Injection très marquée des méninges ; léger épanchement de sérosité purulente sous l'arachnoïde, au niveau de la convexité des deux hémisphères ; épanchement fibrino-purulent à la base, au niveau de l'hexagone. Corps calleux et trigone ramollis ; épanchement dans les ventricules latéraux ; granulation miliaire dans les méninges, surtout dans la pie-mère, au niveau des deux scissures de Sylvius ; pas de tubercule dans l'écorce cérébrale.

*Poumons.* Au sommet droit, masse tuberculeuse caséeuse; dans tout le reste des deux poumons, tubercules crus, en petit nombre, disséminés à la surface et faisant saillie sous la plèvre.

*Rate.* Quelques tubercules crus dans l'intérieur de l'organe qui a conservé ses dimensions normales.

*Foie.* Quelques tubercules en voie de ramollissement disséminés dans le parenchyme.

*Reins.* Congestionnés, mais non tuberculeux.

(1) Nous devons les notes de cette autopsie à M. Rauzier, interne des hôpitaux.

## Observation II

(inédite)

Méningite tuberculeuse aiguë secondaire. — Début brusque par attaque épileptiforme.— Alternatives de convulsions et de coma.— Contractures. — Délire violent. — Température élevée. — Grande fréquence du pouls. — Guérison.

D..., 20 ans, soldat au 2e génie ; complexion forte, constitution robuste, mais sujet à s'enrhumer, mineur avant son incorporation. Entré à l'hôpital Saint-Éloi, service de la clinique médicale, professeur M. Combal, suppléé par M. le professeur-agrégé Mossé, le 23 septembre 1887, ce malade, au moment où commence la maladie pour laquelle nous l'observions, était convalescent d'une fièvre typhoïde, au cours de laquelle s'étaient montrés les premiers signes stéthoscopiques d'une lésion tuberculeuse : d'abord limitée au sommet droit, pour s'installer bientôt après au sommet gauche.

Le 1er novembre, M. le professeur Grasset prend le service et constate chez D... l'état suivant : submatité dans les deux fosses sus-épineuses et sous les clavicules, quelques craquements en ces points, surtout du côté droit. Fonctions digestives normales. Pas de fièvre.

Le 6 novembre, au moment de la visite, D... ne présente rien de particulier : la température axillaire, prise deux heures auparavant, était de 36,6, pouls normal. A 10 heures, D... s'asseoit sur son lit pour déjeuner, mais il est interrompu dans cet acte par un tremblement convulsif des membres supérieurs, et retombe sur le dos. On le retrouve, deux minutes plus tard, dans l'état suivant : décubitus dorsal ; perte de connaissance ;

écume aux lèvres ; pupilles très-dilatées ; face pâle ; respiration stertoreuse. Puis survient un état comateux qu'on ne parvient pas à faire cesser, et qui dure jusqu'à midi. A midi, nouvelles convulsions épileptiformes dans les membres supérieurs, suivies bientôt d'un nouveau sommeil comateux. A quatre heures, le malade s'éveille brusquement, en proie à une vive agitation ; il se livre à des mouvements désordonnés, prononce des paroles inintelligibles, et l'on est obligé de le maintenir couché. Les pupilles sont très dilatées ; émission involontaire d'urines.

La température qui, à midi, était de 38°, est maintenant de 38°,3 ; le pouls est ample, fréquent (100), régulier, inégal. Les attaques se répètent dans la soirée, et la nuit se passe dans le coma.

7 novembre, matin. — Yeux incomplètement fermés, parfois grandement ouverts, d'autres fois convulsés en haut, pupilles dilatées. Prié de boire un peu, le malade tient sa bouche obstinément fermée. Au même instant, la face devient rouge, les yeux s'ouvrent complétement, le bras entre en contracture, rapidement dissipée, et le coma s'établit de nouveau. La respiration est régulière, fréquente (48), bruyante. Le pouls, fréquent aussi (152) est inégal, mais régulier. La température est à 40°,9.

*Prescriptions.* — Application d'un vésicatoire à chaque mollet ; injection hypodermique d'un gramme cinquante de caféine.

Soir. — Affaissement très-marqué ; cyanose légère des membres ; sueur abondante ; contracture invincible du membre supérieur droit ; résolution complète du membre inférieur gauche ; pupilles dilatées : respiration stertoreuse. T. 41°,3 ; P. 160 ; R. 52.

8 matin. — Attaque épileptiforme au moment de la visite ; contracture légère du coude droit, pas de contracture à gauche;

rien aux membres inférieurs ; réflexes tendineux à peu près normaux ; pupilles un peu moins dilatées, sensibles à la lumière. T. 39° ; P. 132 ; R. 42.

*Prescriptions.* — Vésicatoire à chaque cuisse ; nouvelle injection hypodermique de caféine.

*Soir.* Nouvelle attaque épileptiforme. T. 38°,8 ; P. 128 ; R. 30.

9 matin. Le malade, qui pendant les jours précédents laissait sans réponse toutes les questions qu'on lui adressait, répond un peu aujourd'hui. Il se plaint d'une douleur aux jambes (vésicatoires). Pas de poussée du côté des poumons. T. 39°,8 ; P. 120 ; R. 28.

Nouvelle injection de caféine ; iodure de sodium, 4 grammes, bouillon, jus de viande, lait et café.

Soir. T. 39°,5 ; P. 128 ; R. 28.

10 matin. Pas de nouvelles convulsions ; sommeil troublé par quelques paroles inintelligibles. T. 38°,2 ; P. 120 ; R. 24.

Soir. T. 37°,4 ; P. 108 ; R. 20.

11 matin. — Le malade est en proie, depuis hier soir neuf heures, à un délire presque constant ; ce délire est un mélange d'incohérence et de délire professionnel. Les yeux grands ouverts, D..., regarde constamment le plafond et croit qu'il remue et menace ruine. Il se figure qu'il est dans la mine, que l'étayage est mauvais ; il suit des yeux les poutres qui tombent à côté de lui, sans toutefois le blesser. Interrogé, il déclare être à la fois dans son village, dans la mine et à l'hôpital. La crainte d'un éboulement ne quitte pas son esprit, et c'est dans cette crainte, qui contraste avec l'air indifférent de sa physionomie actuelle, qu'il passe toute la journée. Les hallucinations persistent, même quand D.... a les yeux fermés.

12. Le délire a persisté toute la nuit ; c'est un mélange de délire professionnel et de perte de mémoire, traversé, de temps

en temps, par des éclairs d'intelligence. La lésion pulmonaire s'aggrave insensiblement à droite ; à gauche, elle demeure à peu près stationnaire et ne se révèle que par de l'inspiration rude et de l'expiration prolongée.

Les hallucinations terrifiantes persistent, et se montrent par intermittences. Température et pouls à peu près normaux.

13. Le délire est un peu moins intense. Le malade est un peu rassuré sur la solidité de l'étayage. Les cris de frayeur qu'il poussait ont fait place à des larmes ; l'intelligence revient sensiblement.

14. Le délire professionnel persiste, surtout lorsqu'on dit au malade de regarder le plafond ; comme les jours précédents, il voit une poutre se détacher de la voûte et tomber ; de la main, il écarte le danger, et de la voix il engage ceux qui l'entourent à éviter un choc dangereux. L'apyrexie persiste. Le malade demande à grands cris des aliments. De nombreux boutons d'acné iodique sont apparus sur le dos et les membres. On continue néanmoins le médicament.

15. Le malade, qui toussait beaucoup ces jours derniers, recouvre presque intégralement ses facultés intellectuelles. La mémoire seule est très lente à venir, et par moments la conscience de la situation actuelle fait défaut.

16. L'acné se généralise. Pendant ce temps, les signes stéthoscopiques fournis par les sommets pulmonaires demeurent à peu près stationnaires. L'iodure de sodium est remplacé par des pilules d'iodoforme.

17. Le délire a complètement disparu.

18. Eschare sur la fesse gauche, occupant, à partir de la ligne interfessière, une étendue assez considérable ( ses dimensions égalent celles d'une pièce de 5 francs en argent ) ; les bords, pâles, inégaux, témoignent de l'atonie du malade. Tout le corps du malade est couvert d'acné iodique.

A partir de cette époque, l'amélioration se fit rapidement. L'acné persista un mois environ ; mais la mémoire se rétablit assez vite, sauf pour les événements contemporains du délire, qui constituent un feuillet blanc dans l'histoire de sa vie. La lésion pulmonaire demeurait stationnaire, puis s'amendait notablement ; les forces du malade étaient plus lentes à se rétablir, malgré le retour très rapide de l'embonpoint, retour dont on peut se faire une idée si l'on songe que le malade gagnait en moyenne trois cents grammes par jour, pendant le premier septénaire qui suivit la disparition des accidents encéphaliques.

Le 29 janvier, deux jours avant son départ, D.... ne toussait presque plus, et l'examen de ses poumons ne faisait constater que les signes suivants : submatité, expiration prolongée, inspiration rude dans la fosse sus-épineuse et dans la fosse sous-claviculaire droites. L'amélioration et l'embonpoint étaient tels que D..., loin d'être réformé, n'obtint que deux mois de convalescence. Depuis, il a été revu plusieurs fois par M. Sarda, qui tout récemment encore a constaté la persistance de l'amélioration des lésions pulmonaires et l'absence de tout symptôme cérébral.

### Observation III

Dreyfus (*Gaz. médicale*, 1876, p. 152. — Observation V de la thèse de Chantemesse.

Plaque de méningite tuberculeuse sûr la partie supérieure des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes.

Santé excellente. Début par secousses convulsives dans le bras gauche. Attaque épileptiforme. Crises douloureuses dans la tête. Mort après un dernier ictus apoplectique. Température et pouls normaux.

La nommée C..., âgée de 28 ans, entre à l'hôpital le 4 février 1876. Cette femme, qui a toujours joui jusqu'à présent d'une excellente santé, raconte que sa maladie commença le

25 janvier de la manière suivante : elle ressentit en se levant des fourmillements et de petites secousses convulsives dans le bras gauche, puis des fourmillements dans le membre inférieur gauche et, au bout de quelques secondes, perdit complètement connaissance.

Son mari lui dit qu'elle resta assez longtemps sans mouvement, l'écume à la bouche. Cette perte de connaissance fut suivie d'un léger sentiment de courbature.

Le lendemain, elle ressentit de nouveau les mêmes phénomènes dans les membres du côté gauche ; puis elle constata une diminution des forces, surtout dans le membre supérieur, paralysie qui alla croissant jusqu'à son entrée à l'hôpital.

A cette époque on constate les phénomènes suivants : paralysie assez prononcée du membre supérieur avec légère contracture et flexion du coude ; paralysie moins marquée du membre inférieur, qui ne rend pas encore la marche impossible ; déviation très légère de la face du côté droit, avec déviation de la pointe de la langue à droite ; intégrité de l'orbiculaire des paupières et des mouvements pupillaires. Pas de troubles des sens, ni de la sensibilité périphérique. Douleur lancinante dans la région fronto-pariétale droite, assez vive pour causer l'insomnie et empêcher toute alimentation. Quelques vomissements. Tendance à la constipation. Température normale. Rien au cœur ni dans les poumons.

Deux cuillerées de sirop de Gibert ; injection de morphine au point douloureux.

Pendant les jours suivants, la paralysie fit de rapides progrès, surtout au membre supérieur. Diminution notable de la sensibilité tactile au membre supérieur. Déviation très-nette de la face. En même temps la malade s'anémie rapidement et son visage présente une remarquable pâleur. Dépression profonde.

Le 13 février, en se levant, la malade tombe privée de connaissance. A la visite, état subcomateux ; paralysie complète des membres, paralysie faciale très-marquée ; parole inintelligible. Intelligence presque complètement abolie. Dilatation de la pupille gauche. Lèvres et langue fuligineuses. Selles et urines involontaires. La malade meurt dans l'après-midi, sans que la température se soit élevée.

*Autopsie, le 15 février.*

Sous les deux plèvres, nombreuses granulations tuberculeuses isolées. Rien dans les autres viscères ni au péritoine.

*Cerveau.* — Sérosité sous-méningée assez abondante. Les circonvolutions de la convexité du côté droit sont un peu affaissées.

On trouve disséminées sur la convexité des hémisphères et à la partie supérieure quelques rares granulations tuberculeuses isolées. Les méninges n'adhèrent à la substance cérébrale qu'en un point, au niveau de l'extrémité interne du sillon de Rolando droit, où l'on trouve une petite plaque de méningite tuberculeuse à cheval sur le point de jonction des deux circonvolutions frontale et pariétale ascendantes, au niveau du lobule paracentral.

Au fond du sillon de Rolando droit, à deux centimètres en avant de l'extrémité de la scissure de Sylvius, il existe un bouquet de granulations tuberculeuses de deux centimètres environ de diamètre, refoulant les deux circonvolutions ascendantes. Ces granulations sont entourées d'un petit foyer d'encéphalite dans la substance corticale de ces circonvolutions, plus étendu dans la circonvolution frontale. Au-dessous, la substance cérébrale est ramollie dans une assez grande étendue, ce qui explique l'aplatissement des circonvolutions à ce niveau.

Dans les ventricules et les corps opto-striés, rien de particulier à signaler.

## Observation IV

(Troisier, in th. de Gardin, 1877, p. 52.— Observation VI de la thèse de Chantemesse).

Méningite cérébro-spinale, tuberculeuse, primitive, chez une femme robuste. — Mort en trois jours.

Depuis deux ans, bizarreries de caractère. — Début apparent par attaque apoplectiforme. — Rotation de la tête et déviation conjuguée des yeux. — Hémiplégie incomplète avec contracture, tremblement et phénomènes cataleptiformes. — Fièvre. — Respiration rapide. — Pouls fréquent et irrégulier. — Pas de vomissements. — Coma. — Convulsions terminales.

Rosine A..., âgée de 37 ans, entre à la Pitié le 22 juillet 1871, service de M. Molland.

Les renseignements fournis par la sœur de la malade sont très vagues. A... serait tombée malade depuis deux ans.

Depuis cette époque, on aurait remarqué quelques changement dans son caractère ; elle continuait cependant à travailler.

Depuis un an, elle ne serait pas réglée. Le 21 juillet, on l'a trouvée chez elle sans connaissance, et le lendemain, elle a été amenée à l'hôpital dans un coma complet.

A... est d'une constitution robuste ; son embonpoint est considérable.

22 juillet, le soir. — P. 108, régulier, égal. T. V. 37, R. 39. — La malade est dans le coma ; pas de stertor. La tête est en rotation à gauche, légèrement penchée sur l'épaule gauche ; on la ramène difficilement sur la ligne médiane, et dès qu'on l'abandonne à elle-même, elle reprend immédiatement la position indiquée. Les paupières sont mobiles ; elles restent habituel-

lement entr'ouvertes, les deux globes oculaires sont déviés, le dedans, le gauche en dehors. Le sillon naso-labial droit paraît moins prononcé que le gauche ; le nez est un peu tiré du côté gauche ; la bouche est entr'ouverte ; la lèvre inférieure n'est pas pendante ; on abaisse difficilement la mâchoire inférieure ; la déglutition est difficile.

Le membre supérieur et le membre inférieur du côté gauche exécutent quelques mouvements spontanés ; ils ne retombent pas lorsqu'on les soulève ; ces mouvements existent aussi, mais moins prononcés, dans les membres du côté droit. Le chatouillement de la plante des pieds provoque des mouvements réflexes dans le membre inférieur ; le pincement des jambes détermine également des mouvements réflexes accompagnés de quelques plaintes. Le membre inférieur droit est dans l'extension et un peu contracturé ; le membre supérieur droit est également contracturé ; l'avant-bras est fléchi à angle droit sur le bras, les quatre derniers doigts fléchis dans la paume de la main, le pouce étendu sur l'index. On éprouve une certaine résistance quand on veut étendre l'avant-bras ou le fléchir ; lorsqu'on élève le membre et qu'on l'abandonne, il reste élevé pendant quelques instants et est pris dans cette position d'un léger tremblement. Le membre supérieur gauche n'est pas contracturé au même degré, mais on produit assez facilement les mouvements d'extension et de flexion.

Rien au cœur. Ventre ballonné. Petite tache violacée au sacrum. Miction involontaire.

23 juillet. — 37 à 39 inspirations. P. 102, inégal.

La tête n'est plus déviée. Paupières entr'ouvertes, nystagmus. La sensibilité à la douleur est conservée à gauche, diminuée et non abolie à droite. Le bras droit soulevé retombe comme une masse inerte ; quelques mouvements spontanés dans les membres du côté gauche. Teinte légèrement cyanique de la face. Un peu d'œdème des malléoles.

Une heure après cet examen, le membre supérieur droit soulevé ne retombe lentement qu'après être resté quelques instants élevé (comme la veille) ; une heure après, on constate de nouveau la flaccidité de ce membre.

Le soir, même état que le matin. P. 120, très irrégulier. La paralysie faciale droite est très marquée.

24 juillet. — Resp. 48. T. V. 40° 4. P. 108, très petit, presque imperceptible, irrégulier. — Coma. — La respiration est plus bruyante qu'hier sans être stertoreuse, la malade pousse des soupirs de temps en temps.

Le membre supérieur droit est soulevé sans aucune résistance, il retombe avec flaccidité. Le membre supérieur gauche offre plus de résistance lorsqu'on le soulève et il retombe moins rapidement. Les mouvements réflexes produits par le châtouillement de la plante des pieds sont moins prononcés à droite qu'à gauche.

La pupille droite est plus dilatée que la pupille gauche ; la face froide, les lèvres cyanosées, roideur du cou ; ballonnement du ventre.

Au niveau du sacrum, plaque érythémateuse avec sphacèle de la peau au centre de la plaque.

La malade meurt à une heure et demie du soir, après avoir eu des convulsions pendant quelques minutes.

*Autopsie faite le 25 juillet*

*Crâne.* — Petite ecchymose située au-dessous du péricrâne, au niveau du frontal, à droite. A la face interne, le frontal offre des taches blanchâtres à contours irréguliers ; au niveau de ces taches, sur la face externe, la vascularisation de l'os est plus prononcée. Les veines cérébrales sont remplies de sang fluide ; le sinus longitudinal supérieur contient un caillot récent.

Le liquide céphalo-rachidien est louche.

Les méninges de la face inférieure de l'encéphale sont épaisses, louches, principalement sur la ligne médiane, et contiennent des granulations tuberculeuses grises, appréciables seulement au niveau du feuillet qui recouvre l'espace sous-arachnoïdien antérieur. Les méninges de la face inférieure de la protubérance, celles du bulbe surtout, sur les parties latérales, sont très épaissies.

La pie-mère du fond des scissures de Sylvius, surtout celle de gauche, sont aussi très épaissies. A l'origine de la scissure gauche, se voient des exsudats fibrineux et purulents (?) sous forme de l'étendue d'un grain de millet, à contours irréguliers, réunis les uns aux autres par de petites taches blanc-jaunâtre de même nature.

On a observé également, sur la face inférieure des lobes sphénoïdaux, un épaississement purulent (?) des méninges.

Sur les autres parties de l'encéphale, les méninges sont congestionnées et offrent quelques rares dépôts fibrineux au niveau des anfractuosités suivant le trajet des vaisseaux.

Les méninges cérébrales s'enlèvent en entraînant avec elles la portion la plus superficielle des circonvolutions. Rien d'appréciable sur les coupes du cerveau.

*Moelle épinière.* — La face interne de la dure-mère est recouverte de très fines granulations tuberculeuses. On constate également, sur la face postérieure de la moelle, de nombreuses granulations tuberculeuses.

*Poumons.* — Sont le siège d'une congestion hypostatique. Aucun tubercule. Les autres viscères sont sains.

## Observation V

(Chantemesse)

Communiquée par M. Comby

Tuberculose méningée chez un phtisique. Début par attaque épileptiforme. Mort dans la journée.

D... (Ernest), 40 ans, menuisier, présentant les signes d'une tuberculose pulmonaire avancée, entre à l'hôpital Lariboisière, le 17 février 1880 (service de M. Proust).

Depuis le 7 janvier dernier, cet homme présente des symptômes de sciatique à droite ; les douleurs sont très vives et n'offrent que des rémissions passagères sous l'influence des narcotiques. Nous essayons le traitement par les aimants ; nous maintenons deux gros aimants dans son lit, en regard du membre droit, pendant plusieurs jours, et nous obtenons un soulagement très notable.

L'amélioration se continuait lorsque le malade est pris tout à coup, le 14 avril, d'un accès d'étouffement avec résolution générale, respiration stertoreuse, écume à la bouche. En l'examinant attentivement, on voit qu'il offre le type de la respiration Cheyne-Stokes ; il est plongé dans le coma, ne répond à aucune excitation et ne tarde pas à succomber le jour même, sans avoir repris connaissance.

A l'autopsie, faite le 16 avril, on trouve outre les lésions pulmonaires, une ménigite tuberculeuse, à foyers disséminés, superficiels, sans adhérences notables.

Les granulations tuberculeuses siègent surtout au niveau de la base ; mais elles ne sont abondantes en aucun point.

Beaucoup d'hydrocéphalie.

## Observation VI

(Résumé)

(*In* thèse de Gardin, 1873. — Observation XXVIII de la thèse de Chantemesse)

Plaques de méningite tuberculeuse localisée. Cachexie tuberculeuse. Raideur et tremblement subits d'un côté du corps. Douleurs de tête. Mort en 10 jours sans vomissements ni modifications notables du pouls.

Malade, âgée de 28 ans, entre le 20 mars dans le service de M. Vulpian, à la Pitié, pour une tuberculose pulmonaire avancée.

Début subit des accidents cérébraux par une sensation d'engourdissement et de raideur dans le membre supérieur gauche et le côté gauche de la face. Rien dans la jambe de ce côté.

Ces accidents durent 3 à 4 jours.

21 mars. — Douleurs d'oreilles très vives ; pas de surdité. Pas de points douloureux à la pression. Deux injections hypodermiques de morphine. Grande amélioration. Nuit calme.

24. — Douleurs d'oreilles persistantes. Emplâtre belladoné.

27. — Amélioration. Douleurs moins vives.

29. — La malade accouche facilement d'une fille.

La jambe gauche est agitée par moments d'un tremblement ; œdème au niveau des malléoles.

Mort le 4 avril dans le marasme.

*Autopsie le 6 avril*

*Cavité crâniene.* — Pas de lésions du crâne ni de la dure-mère. Dans la scissure de Sylvius droite, granulations grises

très nombreuses. Pas de lésions des nerfs ni des vaisseaux de la base. Pas de granulations dans les membranes qui revêtent l'isthme encéphalique. Le long des vaisseaux qui se trouvent en rapport avec les anfractuosités du lobe moyen droit, se voient des traînées de nature puriforme, irrégulièrement distribuées en petits îlots.

Du côté gauche, dans la partie correspondante, on ne trouve que 2 ou 3 petits îlots de matière puriforme. A la partie supérieure des circonvolutions qui limitent la grande scissure médiane antéro-postérieure, et un peu en arrière du milieu du bord supérieur de cette scissure, à droite, on voit dans les membranes une plaque de matière puriforme au voisinage de laquelle se trouvent de très fines granulations tuberculeuses. Aucune autre lésion dans les diverses parties de l'encéphale.

*Moelle.* — Pas d'épaississement des méninges, pas de granulations apparentes.

*Poumons.* — Grosses lésions tuberculeuses.

### Observation VII

M. Ballet, in *Arch. de neurologie* 1883 (Observation XXXI de Chantemesse).

Plaque de méningite tuberculeuse localisée au voisinage du lobule paracentral. Dans le cours d'une tuberculose pulmonaire, engourdissement subit du membre inférieur. Dans le mois qui suit, 4 attaques d'épilepsie partielle ; l'hémiplégie se complète. Pas de troubles de la sensibilité. Fièvre. Deux jours avant la mort, légère céphalalgie, agitation, dyspnée intense, rapidité du pouls. Pas d'autres phénomènes cérébraux.

Cos..., âgée de 35 ans, lingère, entrée le 8 mars 1882 dans le service de M. Charcot. Pas d'antécédents héréditaires connus. Bonne santé habituelle pendant l'adolescence et la jeunesse.

L'affection pour laquelle la malade vient à l'hôpital a débuté, il y a trois mois, par un engourdissement de la jambe gauche, qui n'entrava pas complètement la marche, mais rendit nécessaire l'usage d'une canne.

Quinze jours après ce début survint inopinément une attaque convulsive qui, d'après les renseignements que nous recueillons, a bien certainement revêtu les caractères d'un accès d'épilepsie partielle: la jambe, le membre supérieur et les muscles de la face du côté gauche ont été agités par les convulsions. La tête était déviée à gauche. Il n'y a eu aucun mouvement spasmodique à droite. A la suite de cette première attaque les choses sont restées dans le même état où elles se trouvaient antérieurement, c'est-à-dire engourdissement avec parésie du membre inférieur gauche, sans aucun trouble paralytique du membre supérieur du même côté.

Huit jours après, deuxième attaque ayant les mêmes caractères que la première. Quatre jours après, troisième attaque identique aux précédentes, mais à la suite de laquelle le bras gauche reste paralysé.

Etat actuel (9 mars). — Il existe une paralysie flaccide du membre supérieur et du membre inférieur gauches.

Au membre inférieur, la paralysie est absolue. Tout au plus la malade peut-elle exécuter quelques légers mouvements de flexion avec l'articulation du genou. Les autres mouvements, ceux de la cuisse sur le bassin, de la jambe sur la cuisse, du pied sur la jambe, sont totalement abolis.

Le membre supérieur est aussi fortement atteint ; les mouvements du bras sont nuls ; toutefois la malade peut fléchir légèrement l'avant-bras sur le bras et la main sur l'avant-bras.

La sensibilité générale est intacte dans tous ses modes. La sensibilité spéciale l'est également.

Les réflexes tendineux sont nuls du côté paralysé comme du côté sain.

Outre les symptômes nerveux qui précèdent, on constate que la malade est pâle, émaciée, qu'elle a de la fièvre. (T. 39°5.)

L'auscultation du poumon fait percevoir au sommet droit dans la fosse sous-épineuse en arrière, et sous-claviculaire en avant, du souffle et des râles sous-crépitants.

Le diagnostic porté d'après cet ensemble symptomatique est le suivant : tuberculose pulmonaire, tuberculose méningée.

Et, se fondant sur la localisation de la paralysie au membre inférieur dans les premiers temps de l'affection, M. Charcot ajoute : tuberculose méningée localisée au niveau du lobule paracentral.

*11 mars.* — Même état de la motilité et de la sensibilité.

Les réflexes tendineux, absents deux jours auparavant, ont reparu au coude à gauche, où ils sont plus forts qu'à droite. Ils manquent toujours au membre inférieur.

Nous constatons, en outre, un symptôme qui n'existait pas la veille. C'est un léger œdème au pourtour des malléoles de la jambe gauche.

*12 mars.* — Motilité, sensibilité, réflexes comme la veille. Mais l'œdème, limité hier au pourtour de l'articulation tibio-tarsienne, remonte maintenant jusqu'à la cuisse, et nous constatons l'existence sur le trajet de la veine fémorale d'un cordon dur, roulant sous le doigt, peu douloureux.

*13 mars.* — La malade a mal passé la nuit. Légère céphalalgie sans localisation précise. Dyspnée intense. R. 59 ; P. 120.

La paralysie motrice est toujours absolue. Le membre inférieur gauche, très œdématié, et sur lequel on constate un commencement de circulation collatérale, est incapable de tout mouvement.

Il semble qu'il y ait comme une subluxation paralytique de l'articulation tibio-tarsienne. Le pied est dans l'extension forcée et légèrement déjeté en dehors.

Le membre supérieur est inerte. Cependant la malade exécute quelques mouvements peu étendus d'adduction, d'abduction et de flexion de la main sur l'avant-bras. L'extension est impossible. Les muscles de ce membre supérieur, surtout ceux du bras, sont flasques et légèrement atrophiés. La main est violette et froide.

La sensibilité est toujours intacte.

Mort le 14 mars.

*Autopsie*

Les poumons sont le siège de lésions tuberculeuses aux divers degrés de leur développement.

Caillot fibrineux dans la veine fémorale du côté gauche.

*Encéphale.* — Au niveau du lobule paracentral, du côté droit, sur la face interne de l'hémisphère et à la partie inférieure des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes, dans une très faible étendue, la pie-mère, saine sur les autres points, est adhérente. Elle est épaisse, jaunâtre, manifestement infiltrée par de petites agglomérations tuberculeuses baignées elles-mêmes dans un peu de pus. Lorsqu'on cherche à la détacher, on constate qu'elle adhère fortement à la substance cérébrale, qui se laisse désagréger.

Une coupe transversale (coupe pédiculo-frontale) montre que l'infiltration tuberculeuse pénètre profondément la substance grise et un peu la substance blanche, au niveau du lobule paracentral, qui est pour ainsi dire réduit à l'état de masse tuberculeuse.

Il est très remarquable qu'en dehors des lésions très prononcées dont nous venons de parler, la pie-mère et le tissu cérébral sont sains. Les lésions sont parfaitement circonscrites au niveau du lobule paracentral et de la partie la plus élevée des frontale et pariétale ascendantes.

## Observation VIII

(Résumée)

(Joffroy et Lepiez. Soc. anat. 1871. — Observation XXXII de Chantemesse)

Plaque de méningo-encéphalite tuberculeuse, du volume d'une pièce de 5 francs. Hémorragie dans le foyer d'encéphalite.

Dans le cours d'une tuberculose pulmonaire surviennent sans prodromes, des attaques épileptiformes qui se répètent, s'accompagnent d'hémiplégie et emportent le malade en 4 jours.

Le nommé X..., âgé de 26 ans, entre à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Duplay. Il est atteint de tuberculose pulmonaire au troisième degré et porte des adénites tuberculeuses cervicales et axillaires.

L'état général et local se maintiennent le même jusqu'au 3 septembre. Mais dans la journée, sans aucun symptôme prodromique, le malade eut une attaque épileptiforme caractérisée par une perte de connaissance et des convulsions générales.

Le lendemain matin il se plaint seulement d'un violent mal de tête au niveau de la région frontale et d'une grande lassitude. Pas de paralysie, la parole et l'intelligence sont intactes.

Le 5 septembre, dans l'après-midi, nouvelle attaque à la suite de laquelle on constate une légère hémiplégie gauche. La face n'est nullement déviée. Céphalalgie frontale très vive. Le malade est plongé dans une somnolence dont on a peine à le tirer. Plusieurs attaques ont encore lieu dans la soirée du 5 et la nuit suivante.

Le 6 septembre au matin, le malade est plongé dans le coma ; hémiplégie complète à gauche, avec flaccidité des membres ; hémiplégie faciale du même côté. Pas de déviation des yeux.

Mort le 7, à 6 heures du matin.

*Autopsie*

Cavernes pulmonaires. Rien dans l'isthme de l'encéphale ni dans l'hémisphère cérébral gauche. Sur la surface convexe de l'hémisphère cérébral droit on remarque au niveau de la partie médiane de la circonvolution marginale antérieure, dans un espace grand comme une pièce de 5 francs, un dépôt assez abondant de granulations tuberculeuses dans la pie-mère qui adhère intimement à la substance cérébrale. Une coupe verticale pratiquée à ce niveau montre qu'au dessous la substance cérébrale indurée est infiltrée de granulations tuberculeuses.

Il y a comme une sorte de cône mal limité de substance indurée pénétrant dans l'encéphale. A la périphérie, la substance est un peu ramollie et jaunâtre. Au niveau de cette encéphalite tuberculeuse, deux foyers hémorragiques. Un premier siège dans la substance indurée et consiste en apoplexie capillaire ; ce foyer a environ le volume d'une noisette. A côté, mais dans un point où la substance cérébrale présentait un accroissement de consistance beaucoup moindre, on aperçoit un second foyer d'hémorragie. Il y a un caillot sanguin gros comme une noix, renfermé dans une cavité limitée par la substance cérébrale dilacérée.

L'examen microscopique a montré qu'il s'agissait d'un foyer d'encéphalite tuberculeuse.

## Observation IX

(Résumée)

(M. Barth, in Bullet. Soc. Anat. 1879.— Observation XLVI de Chantemesse)

Méningite ancienne et granulations passées à l'état fibreux dans la pie-mère encéphalique. Tuberculose aiguë 25 ans après

Homme de 35 ans, d'apparence robuste, succombe à la tuberculose aiguë dans le service de M. Bucquoy, en février 1879. A l'autopsie, on trouve, outre les lésions de la granulie dans différents viscères, la pie-mère épaissie et comme fibreuse.

Elle a perdu sa transparence normale et pris une teinte opaque et argentée qui rappelle celle de la dure-mère ; dans ses mailles, le long des vaisseaux, on distingue nettement de nombreuses granulations arrondies, offrant tous les caractères de granulations tuberculeuses passées à l'état fibreux.

## Observation X

(Cuffer, in *Bullet. Soc. Clinique,* 1878. — Observation XLVII de Chantemesse).

Tuberculose méningée chez un tuberculeux. — Disparition des accidents méningitiques, brusquement. — Céphalalgie violente. — Constipation. — Ralentissement du pouls, nausées. — Strabisme, raie méningitique. A cela s'ajoute plus tard le délire, puis la prostration ; le pouls devient filiforme, les pupilles inégales. — Les accidents disparaissent en cinq semaines.

G..., 34 ans, salle Saint-Benjamin, n° 13. Entré à l'hôpital le 17 avril 1877 dans le service de M. Peter.

Cet homme fut pris trois jours avant son entrée à la Pitié, au milieu de son travail et sans cause appréciable, de céphalalgie

intense et de quelques étourdissements ; à ces phénomènes vinrent bientôt se joindre une constipation opiniâtre et de la rétention d'urine. Jamais cet homme n'avait éprouvé d'accidents analogues.

L'état du malade, constaté le jour de son entrée, était le suivant : céphalalgie frontale violente, augmentée par la lumière ; yeux presque complètement clos, pupilles égales, strabisme, raideur du cou, constipation, quelques nausées, rétention d'urine, ralentissement du pouls (54), respiration suspirieuse, crampes très douloureuses dans les membres, raie méningitique, plaintes continuelles, gémissements, température axillaire égale à 37°.

Tous ces symptômes ne pouvaient pas laisser de doutes : le malade avait une méningite. Mais de quelle nature ? C'est ce que l'examen attentif des poumons n'a pas tardé à révéler. Le sommet du poumon droit était manifestement le siège de granulations tuberculeuses : submatité sous la clavicule et dans la fosse sus-épineuse.

Température locale augmentée (37°,2), et à l'auscultation, respiration saccadée.

C'était donc un tuberculeux et la méningite était une méningite tuberculeuse. Tel fut le diagnostic porté par M. Peter sur cet homme, qui n'avait jamais eu la syphilis et dont les antécédents ne permettaient de penser à aucune autre affection.

L'état du malade pendant les jours suivants confirma cette opinion. En effet, les symptômes précédents persistèrent avec tenacité ; de plus, le délire parut, les gémissements s'accentuèrent de plus en plus, le pouls se ralentit (50). La respiration prit un caractère de rudesse exagérée sous la clavicule droite; la température locale resta plus élevée que la normale ; enfin, fait très-important, un amaigrissement rapide et très-marqué se manifesta.

Dès le premier jour, le traitement consista en un gramme de calomel tous les jours et en applications de sinapismes.

Quelques jours après, pointes de feu sous la clavicule droite.

Le 23, malgré le calomel administré depuis plusieurs jours, la constipation n'avait pas cessé. Le malade était dans un état de prostration extrême ; le pouls était petit, filiforme; les pupilles étaient inégales, le strabisme plus accentué. En un mot, la mort semblait prochaine. M. Peter ordonna alors 2 grammes d'iodure de potassium.

Pendant trois jours, il y eut peu de changement.

Mais le 26 avril, le malade se sentit un peu mieux, la céphalalgie était moindre, la constipation et la rétention d'urine avaient cessé, la raideur du cou était moins marquée.

On continue le même traitement.

29 avril. — Il y a une amélioration très-notable, le malade demande à manger un peu, il souffre beaucoup moins, le pouls est moins lent à 56 ; T. à 37. Même état du sommet du poumon droit. Cependant on pouvait penser que c'était là une réminiscence trompeuse, comme il arrive souvent dans la méningite tuberculeuse. La suite vint démontrer que l'amélioration était définitive. On continue toujours le même traitement.

15 mai. — Le malade était dans un état très satisfaisant, se levant et se promenant, mangeant avec assez d'appétit, sommeil tranquille. A part le strabisme et quelques douleurs de tête, avec sensation de bouffées de chaleur, il eût été difficile de savoir qu'il y avait eu, peu de jours avant, des accidents si graves. Il va sans dire que les lésions pulmonaires n'avaient pas changé, on entendait même alors quelques craquements secs sous la clavicule droite. Le pouls battait soixante fois à la minute.

Enfin, le 22 mai, l'amélioration ne s'était pas démentie, et aujourd'hui 24 mai, on peut considérer le malade comme étant guéri de sa méningite tuberculeuse.

Cependant, on continue par prudence le traitement qui avait donné de tels résultats. Le malade prend encore tous les deux jours, deux grammes d'iodure de potassium.

### Observation XI

( Résumé ).

( M. Dujardin-Beaumetz, Soc. des hôp. 1878. Obs. XLVIII de Chantemesse )

Méningite tuberculeuse. — Disparition des symptômes.

Un garçon de 23 ans entre le 12 octobre 1878, dans le service de M. Dujardin-Beaumetz, pour des symptômes de fièvre intermittente. Les accès, qui sont mal caractérisés, apparaissent chaque jour et résistent à l'action du sulfate de quinine. Cet état s'aggrave pendant quelques jours et l'on pense qu'il s'agit d'un début de fièvre typhoïde, début qui présente souvent cette forme intermittente. Cependant le malade est constipé.

Le 3 novembre, il y a une telle amélioration que le malade exprime le désir de sortir. Mais le lendemain, il est pris de céphalalgie, il ne peut supporter la lumière ; peu ou pas de sommeil, le pouls est fréquent (100 pulsations), puis le lendemain le pouls baisse à 48, les pupilles deviennent inégales, il y a du strabisme, la respiration devient rare, et enfin le 9, le malade tombe dans le coma et pousse des cris hydrencéphaliques.

Le 10, des contractures se produisent dans tout le côté gauche ; toujours extrême rareté du pouls ; la température oscille entre 36 et 37°, la respiration se fait à des espaces inégaux, elle est d'une lenteur remarquable. Le 16, le coma

tend à disparaître et le malade revient peu à peu à lui, et l'amélioration va en augmentant graduellement pendant quelques jours. L'examen ophtalmoscopique avait fait constater une neuro-rétinite et un tubercule de la choroïde.

Le diagnostic de méningite tuberculeuse avait été porté en raison des symptômes classiques qui se retrouvaient tous, sauf les vomissements, chez ce malade, et aussi en raison de l'hérédité manifeste qu'il présentait au point de vue de la tuberculose.

Toujours est-il que tous ces symptômes avaient entièrement disparu le 25 novembre, où le docteur Bouzy constate le parfait état de santé du malade.

Le traitement avait été le traitement classique : calomel à doses fractionnées, bromure de potassium, glace sur la tête.

## CONCLUSIONS

Arrivé au terme de cette étude, nous résumerons, en quelques propositions, les principales idées que nous venons d'exposer :

1° La méningite tuberculeuse aiguë de l'adulte, moins fréquente que celle de l'enfant, est aussi plus irrégulière dans ses allures ; elle présente de nombreuses anomalies, variables selon les cas et selon les sujets.

2° Elle peut s'installer à la façon d'une fièvre typhoïde, dont elle revêt, pendant toute la période prodromique et le premier septénaire de la maladie confirmée, les caractères principaux ; le diagnostic, en ce cas, est quelquefois difficile, et ne peut être posé que grâce à la température morbide, moins élevée au cas de méningite, et à la constipation opiniâtre.

3° Dans cette forme, la période d'oscillation manque ; il n'y a pas de ralentissement du pouls ; le délire est tranquille, les convulsions peu accusées, les signes oculaires tardifs.

4° Cette forme coïncide avec une invasion générale de la diathèse tuberculeuse, dont les produits spécifiques s'installent d'une manière discrète dans le poumon et d'autres organes, laissant la localisation méningée au premier plan.

5° A partir du début de la troisième période, les symptômes typhoïdes persistent, tandis que les symptômes méningitiques s'accentuent de plus en plus, sans toutefois acquérir l'intensité des formes normales.

6° Dans une deuxième forme les prodromes manquent, et le début se fait brusquement, sans céphalalgie ni vomissements, ni constipation par des attaques épileptiformes généralisées ou partielles, des contractures, ou bien par des attaques apoplectiformes.

7° Le délire, dans cette forme, est très accusé ; il est bruyant, domine la scène, n'est pas en rapport avec l'élévation thermique.

8° La température, au début de cette forme, atteint parfois des chiffres très élevés ; le pouls n'est jamais ralenti.

9° Cette forme est habituellement secondaire ; elle apparaît chez des sujets porteurs d'autres manifestations tuberculeuses. Le diagnostic en est, toutefois, très difficile.

10° La méningite tuberculeuse est curable. La science possède plusieurs cas authentiques de guérison ; et la curabilité n'est pas en contradiction avec la théorie : la tuberculeuse pulmonaire et la méningite tuberculeuse peuvent, l'une et l'autre, guérir par la transformation fibreuse de leurs produits spécifiques.

11° L'iodure de potassium ou de sodium, à hautes doses, la révulsion énergique, sont les meilleurs moyens pour obtenir cette guérison.

FIN

VU BON A IMPRIMER :
Montpellier, le 16 décembre 1887.
Pour le Recteur ;
L'Inspecteur d'Académie délégué :
**L. YON.**

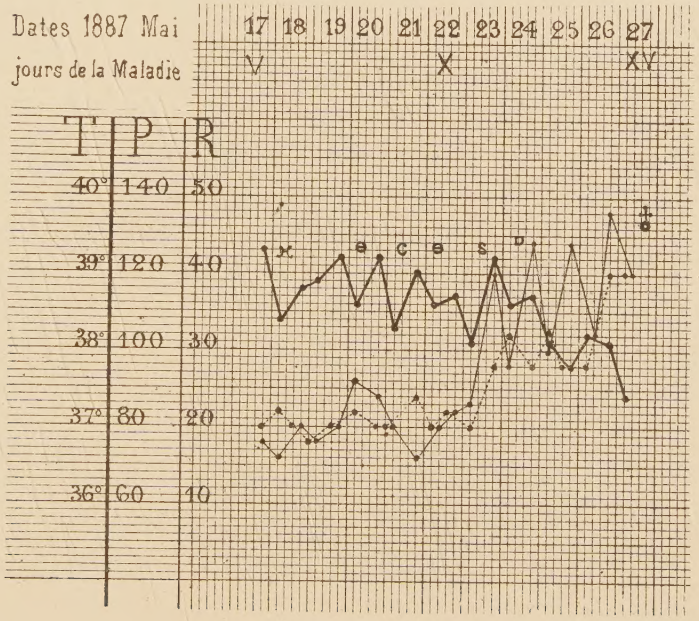
VU PERMIS D'IMPRIMER :
Montpellier, le 15 décembre 1887.
Le Doyen,
**A. CASTAN.**

# SERMENT

*En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessns de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !*

Salle Saint-Vincent
Numéro 8
Méningite tuberculeuse aiguë
Service de M. le professeur
Combal.




LÉGENDE

—— Température.
—— Pouls.
-------- Respiration.
1° Lavement purgatif.
2° Calomel.
Calomel et jalap.
C. Contracture des muscles du cou.
S. Supprimer le calomel. Onctions mercurielles.
D. Délire. Convulsions.
Mort.